



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/128326>

Please be advised that this information was generated on 2017-03-09 and may be subject to change.

Het concept onbehandelbaarheid in de terbeschikkingstelling

H.J.C. van Marle*

P. is 24 jaar oud als hij wegens brandstichting met gevaar voor personen en fysiek verzet door messteken bij zijn aanhouding in een TBS-kliniek wordt geplaatst. Hij maakt bij opname op de gewone afdeling een rustige indruk; als kernproblematiek wordt vastgesteld: agressieproblematiek bij een sociaal incompetente, kinderlijke man. Na enige tijd blokkeert hij de ingang tot zijn cel door met een aangescherpt tafelmes het personeel te bedreigen. Hoewel de oorzaak van deze uitbarsting onduidelijk blijft, worden aan de diagnose de symptomen paranoia en schizoidie toegevoegd. Vanwege de onvoorspelbare risico's wordt overgegaan tot plaatsing op de afdeling voor intensieve zorg. Na twee jaar steekt hij onverwachts zijn cel in de brand, hetgeen zich later nog eens herhaalt. De activerende en steunende behandeling lijkt aan te slaan terwijl ook medicatie wordt gebruikt. Overplaatsing naar zijn regio van herkomst wordt na zo'n zes jaar gerealiseerd in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis aldaar. Daar steekt hij echter na verloop van tijd een verpleegkundige in de rug met oppervlakkige verwondingen tot gevolg. P. is inmiddels 31 jaar als hij weer in een TBS-kliniek wordt geplaatst. Via de afdeling voor intensieve zorg, waar hem een hogere dosering medicatie wordt voorgeschreven dan voorheen, komt hij uiteindelijk weer op een gewone afdeling. Hij maakt een matte indruk, de diagnose blijft hangen tussen een schizofrenie of een schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Hij blijft zijn activiteitenprogramma trouw volgen; tevens krijgt hij ondersteunende therapeutische gesprekken. Wanneer de begeleide verloven op zijn verzoek worden geëvalueerd om tot een ongeleid verlofprogramma te komen, twijfelt de behandelstaf. Uiteindelijk wordt de mogelijkheid tot ongeleid verlof afgewezen. P. is boos en wil niets meer te maken hebben met zijn behandelaars. Het komt echter niet tot fysiek agressieve uitbarstingen. Hij zit nu negen jaar in de TBS. Geleidelijk aan herneemt het dagelijks leven in de kliniek weer zijn vertrouwde patroon; ook de begeleide verloven worden weer opgevat. Zijn toestandsbeeld blijft stationair. Het personeel blijft waakzaam maar geeft hem anderzijds gelijk door ermee in te stemmen dat hij niet in zo'n beveiligde setting hoeft te verkeren. Pogingen P. over te plaatsen naar een algemeen

* De auteur is hoogleraar forensische psychiatrie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen en psychiatrisch adviseur van het ministerie van Justitie te Den Haag. Dit artikel geeft de persoonlijke mening van de auteur weer.

psychiatrisch ziekenhuis zijn niet gelukt, waarschijnlijk vanwege de voorgeschiedenis.

In dit artikel wordt stil gestaan bij de implicaties van de 'diagnose' onbehandelbaar, met name waar het gaat om de verdere verplichtingen die er bestaan jegens de persoon over wie deze uitspraak wordt gedaan. In de strafrechtelijke maatregel van de Terbeschikkingstelling (TBS) komt deze problematiek sterk naar voren omdat verpleging en behandeling daar in de doelstelling verweven zijn. Gezien de aanwezigheid van een psychische stoornis bij de oplegging van de TBS, die (mede) oorzaak is geweest van het TBS-waardige delict, leidt 'onbehandelbaarheid' al snel tot het predikaat blijvend delictgevaarlijk en tot de mogelijkheid tot een levenslange TBS. Onbehandelbaarheid en blijvende delictgevaarlijkheid worden vervolgens naast elkaar gesteld binnen de strafrechtelijke en ethische dimensies van de forensische psychiatrie. De consequenties van deze vergelijking worden vervolgens getoetst aan het vigerend beleid en de wettelijke regelgeving.

Onbehandelbaar

Wanneer van iemand wordt gezegd dat hij of zij onbehandelbaar is, heeft dat direct de connotaties 'niets meer aan te doen' en 'die hoort er niet meer bij'. Degene, die deze uitspraak heeft gedaan, is daarbij een maatstaf. Het woord is zo beladen dat de eerste reacties zijn: 'wie heeft dat gezegd?' en 'hoe weet die dat zo zeker?' Opgegeven en afgedankt, bij een zo zwaar vonnis hoort ook een ter zake deskundige en een zekere referentie. Maar wat is er allemaal nodig om tot dit oordeel te komen?

Onbehandelbaarheid refereert aan het 'medisch model' van ziek en gezond, en aan het inzetten van behandelingsmethodes om ziekte te bestrijden totdat gezondheid herwonnen is. Diagnostiek gaat aan behandeling vooraf, en idealiter volgt op een bepaalde diagnose een bepaalde behandeling, de zogeheten Diagnose-Behandeling Combinatie. Als dat het geval is, dan is het kennisdomein al dat van de 'evidence based medicine', dat wil zeggen behandelingsinterventies die gebaseerd zijn op uitkomsten van vergelijkend empirisch onderzoek. Verschillende interventies worden dan met elkaar vergeleken of met een placebo- dan wel wachtlijstgroep. Het is echter nog lang niet zover dat inmiddels alle medische ingrepen al gebaseerd zijn op DBC's, en het is de vraag of dat ooit zal lukken. De termen 'state of the art' en 'best practice' zijn ingeburgerd om de minder wetenschappelijk gefundeerde varianten aan te geven, namelijk, de stand van zaken zoals die naar voren komt (met alle tegenstrijdigheden) uit de beroepspraktijk en uit de literatuur daarover, en de beste aanpak in een bepaald geval, gebaseerd op consensus die uit praktijk en literatuur moet blijken. Een goede diagnostiek is noodzakelijk en vanzelfsprekend, maar met name in de psychiatrie geldt: 'wat is goede diagnostiek?' Hierover bestaat geen vanzelfsprekendheid, integendeel

(zie onder meer Van Praag, 2000). Met name staan er twee diagnostische visies tegenover elkaar, namelijk de categorale en de dimensionele benadering. 'Categoraal' wil zeggen: een onderverdeling in van tevoren vaststaande rubrieken, zoals de International Classification of Diseases van de World Health Organisation en de Diagnostic and Statistic Manual van de American Psychiatric Association die hebben. 'Dimensioneel' houdt een indeling op een glijdende schaal in waarbij een bepaalde eigenschap in een meer of minder uitgesproken vorm naar voren komt zoals impulsiviteit, neuroticisme en angst. Naast de bezwaren die elk van die diagnostische systemen op zich genomen met zich mee brengt (zoals elkaar overlappende ziektebeelden en 'co'morbiditeit), bestaan er nog meer problemen. Vaak zijn er verschillende therapieën mogelijk bij één diagnose, bijvoorbeeld gesprekstherapie, medicatie of beide, of is één therapievorm werkzaam bij verschillende diagnoses. Daarnaast hangt de behandeling in sommige gevallen niet van de diagnose af maar van welke storing in de psychische functies de meeste aandacht verdient om tot verdere interventies te komen, zoals impulsiviteit en cognitieve stoornissen. Met andere woorden, in de psychiatrie zegt de gevolgde behandeling niet veel over de diagnose. Het is niet voor niets dat de bestaande diagnostische methodieken van meet af aan opgesteld en bestemd zijn geweest voor research doeleinden. De werkzaamheid van de patiënt – arts/behandelaar relatie blijft een unieke combinatie die slechts voor een deel valt te vangen in empirische research.

Of een ziekte onbehandelbaar is, hangt af van welke diagnose eraan wordt verbonden en van de voor handen zijnde behandelingswijzen al of niet gerelateerd aan die diagnose. Bovendien bestaat er geen ziekte zonder de zieke mens die eraan lijdt. Vanuit deze uitgangspunten moet geconstateerd worden dat het begrip 'onbehandelbaarheid' er op duidt dat alle mogelijke behandelingswijzen bij een bepaalde persoon met die ziekte falen en gefaald hebben. Afgezien van een te stellen diagnose kan het hier ook gaan om bepaalde ziekteverschijnselen die gezamenlijk of apart niet zijn te elimineren. Deze constatering moet gerelativeerd worden: er zijn somatische en psychische ziekten die weliswaar op zichzelf genomen niet te genezen zijn, zoals suikerziekte en schizofrenie, maar waarvan de symptomen met behulp van medicatie wel gereduceerd kunnen worden, de zogeheten palliatieve therapie. Onbehandelbaarheid is derhalve tijdsbepaald, want zij is afhankelijk van de stand van de wetenschap, namelijk hoe welke ziekteverschijnselen worden benoemd en welke resultaten van research verkrijgbaar zijn. Daarmee blijkt de context van de zieke eveneens van groot belang want situatieve factoren kunnen van belang zijn bij het verminderen of opheffen van symptomen, bijvoorbeeld door een steunende omgeving.

Ook al is de ziekte niet te behandelen, het psychosociaal welbevinden van de zieke, de patiënt zelf, staat centraal. Dit centraal staan van de persoon van de zieke is niet altijd vanzelfsprekend geweest. Tot voor kort vigeerde immers het 'bestwil-principe' waarbij het adagium gold: 'doctor

knows best'. Het is de rehabilitatiegedachte binnen de psychiatrie die vanuit morele achtergronden en vanuit beginselen van goede zorg de patiënt centraal heeft gesteld. Het besef van gelijkwaardigheid en van het fundamentele recht van mensen om binnen hun eigen beperkingen vorm te geven aan hun leven, is essentieel (Petry, 1995). Aan elke arts/behandelaar - patiëntrelatie ligt wederzijdse respect ten grondslag. Als zodanig dient de arts zich dan ook in te zetten om de zieke een gelijkwaardige positie te laten innemen in het maatschappelijk bestel. Het krijgen van zorg en behandeling is derhalve een recht dat zowel in de Grondwet alsook in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens tot uitdrukking komt. Dit recht, toegekend aan de patiënt, kan ook op grond van diezelfde wetgeving door hem geweigerd worden.

Samengevat kan worden gesteld dat het concept onbehandelbaarheid zowel betrekking kan hebben op de ziekte als op de zieke, waarbij de ziekte niet op zichzelf kan bestaan. Bovendien is het afhankelijk van de wijze van diagnosticeren en van de aanwezige behandelingswijzen. Ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek zijn daarbij van groot belang aangezien er nieuwe medicatie of nieuwe gedragskundige interventies op de markt kunnen worden gebracht waardoor de onbehandelbaarheid verdwijnt. Tot slot blijkt onbehandelbaarheid in brede zin afhankelijk van de kwesties van de omringende samenleving inzake morele (rechtsbescherming en gelijkwaardigheid) en praktische opvattingen (financiën, netwerk, voorzieningen). Behandeling mag geweigerd worden mits de consequenties van die weigering zich alleen richten op de weigeraar en mits deze wilsbekwaam is in zijn weigering. Wanneer derden door die weigering gevaar lopen, dan is ingrijpen van buitenaf mogelijk.

Ethische aspecten

Tussen toestemmen en weigeren ligt het grijze gebied waarin mensen nog wel gemotiveerd kunnen worden om aan een behandeling mee te werken. Het toestemmen in een behandeling is immers altijd een afweging tegen de baten en de lasten van die ingreep. Via het recht op 'informed consent', zoals onder meer vastgeld in de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), dient de patiënt daarin begeleid te worden. In de psychiatrie kan een patiënt daarnaast in zijn oordeels- en kritiekvermogens zijn aangetast of de aard van de behandeling niet begrijpen. In dat grijze gebied dient dan ook alle moeite genomen te worden de patiënt te motiveren voor behandeling. Dat kan op zowel op verbale als non-verbale wijze, en zowel individueel als groepsmatig (Van Marle, 1995). Het gemotiveerd zijn is van groot belang voor een psychiatrische behandeling. Wanneer er namelijk geen bereidheid bestaat tot gedragsverandering of tot het nemen van medicatie ('compliance') zijn de mogelijkheden tot verandering al sterk afgenomen. Vandaar dat tussen dwang en vrijwilligheid momenteel ook de 'drang', het kiezen tussen

twee kwaden, opgeld doet. Er bestaat een keuze, maar de mogelijkheden zijn beperkt en door derden vastgesteld.

Het recht op behandeling van een zieke is breed geaccepteerd, zij het dat er via een maatschappelijk criterium prioriteiten vallen aan te geven vanuit het kostenperspectief (Mulder, 2001). Maar als behandeling tot de onmogelijkheden behoort, is er altijd nog het recht op zorg. Dit begrip wordt in Nederland vertaald als 'zorg op maat'. Er wordt gestreefd naar voldoende zorg voor het individu, die op zijn behoefte is afgesteld. Binnen de 'vraaggerichte zorg' is niet alleen de hulpvraag van de patiënt zelf het uitgangspunt maar ook wat er via diagnostiek door deskundigen kan worden vastgesteld aan mogelijke interventies met het gewenste resultaat. Wanneer behandeling niet meer helpt aan verbetering van het psychosociaal functioneren van de patiënt, is er sprake van een resttoestand van de ziekte c.q. invaliditeit van de zieke. Deze invaliditeit kan op twee niveaus worden opgevangen, namelijk dat op het individuele niveau, het revalidatiemodel, en op een maatschappelijk niveau, het rehabilitatiemodel.

Het revalidatiemodel benadrukt een zo vroeg mogelijke onderkenning en behandeling van functiestoornissen als gevolg van het lijden aan een psychiatrische stoornis ter voorkoming van invaliditeit. Voorts is het model gericht op het optimaliseren en maximaliseren van de vaardigheidsmogelijkheden waarover de patiënt nog beschikt, kortom het benutten van restcapaciteiten. Het rehabilitatiemodel vervolgens plaatst de mogelijkheden en wensen van de chronische patiënt in een sociale, maatschappelijke context. In de kern beoogt het model mensen met psychiatrische beperkingen beter te laten functioneren zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijke professionele hulp (Rapport, 1998, pp. 18-19). Het rehabilitatiemodel sluit mijns inziens het revalidatiemodel in, zodat in het verloop van dit artikel met het eerste tegelijkertijd ook het tweede wordt bedoeld.

Na de constatering van 'onbehandelbaarheid' behoort de patiënt vanwege zijn problematiek onder controle te blijven. Er mag geen sprake zijn van uitstoting. Deze controle is echter geënt op vrijwilligheid van de patiënt. De zorg is van aanbodgericht naar vraaggericht verschoven, de patiënt is gesprekspartner en medeverantwoordelijk. Maar wat te doen als er geen vraag is van de zijde van de patiënt? Onwil tot meewerken aan de behandeling kan door de ziekte worden bepaald, bijvoorbeeld op grond van achterdocht of verstandelijke handicap. Ook kan de manier van aanbieden van de zorg niet aangepast zijn aan degene die erin moet toestemmen, waardoor die alleen al daardoor weigert mee te werken: het 'responsivity principle' (Stewart en Cripps Picheca, 2001).

Zowel de Wet BOPZ (Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen) als de BVT (Beginnelsenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden) vereist dat in die gevallen alleen behandeling onder dwang mag worden toegepast indien er gevaar voor zichzelf of anderen bestaat. Ook het ge-

bruik van de separatieruimte als afzonderingsmogelijkheid is aan strenge regels gebonden, waaronder directe en regelmatige medische controle.

Deze inmiddels verworven 'autonomie' van de patiënt is echter op gespannen voet komen te staan met nieuwe medische inzichten, waardoor het bestwil-principe weer een kans krijgt. Uit biopsychologisch wetenschappelijk onderzoek is inmiddels vastgesteld dat vele psychische aandoeningen althans voor een groot deel in de aangeboren of genetische aanleg van de patiënt vastliggen, en niet alleen door de omgeving worden bepaald (Raine, 1993). Dat in die gevallen de dokter ook bij *informed consent* het mogelijk 'beter weet', wordt echter gerelativeerd door het feit dat ook verschillende behandelingswijzen niet altijd tot een (voor de patiënt of voor de hulpverlener) bevredigend resultaat leiden. Het onderzoeken van de empirische evidentie voor bepaalde behandelingsresultaten bij bepaalde aandoeningen is dan ook van groot belang voor een goede indicatiestelling.

Inmiddels zal duidelijk zijn geworden dat het begrip 'onbehandelbaarheid' geen vaststaande eigenschap is van een individu, maar dat het multifactorieel is bepaald. Sommige, niet in de persoon gelegen factoren kunnen zelfs gaan overheersen. Maakt het actuele beleid van het aanbieden van 'behandeling in detentie' gedetineerden onbehandelbaar wanneer zij de aangeboden therapie weigeren (want: niet gemotiveerd)? Vele goede, ook geëvalueerde behandelingsprogramma's zijn programma's voor 'delinquenten'; een indicatiestelling ter plaatse zal moeten uitmaken of iemand geschikt is voor deze behandeling (Bulten, Zwemstra e.a., 2001). Het merendeel ervan is afkomstig uit de Anglo-saksisch sprekende landen, waar vanwege de andere wetgeving de samenstelling van de gedetineerdenpopulatie een geheel andere is dan in Nederland. Met name zijn er minder psychisch gestoorde in de penitentiaire inrichtingen dan hier. Vele ernstige zieke gedetineerden zoals psychotische patiënten en chronisch verslaafden, kunnen in Nederland daardoor gepaseerd worden omdat die programma's niet op hen zijn afgestemd.

'Onbehandelbaar' is een maatschappelijk ziektebegrip en heeft principieel geen raakvlakken met straffen en detineren. Men is gedetineerd als vergelding en afschrikking vanwege een misdrijf. 'Behandeling in detentie' wordt hierop als een extra gesuperponeerd. Maar dat laat onverlet dat iedere gedetineerde recht heeft op een goede gezondheidszorg, die instrumenteel en psychosociaal de maatschappelijke en de detentie-situatie moet combineren ter bevordering van die gezondheid van de patiënten. Het mag echter niet de ambitie zijn alle zieke gedetineerden te genezen, daarvoor zitten ze daar ook niet. 'Onbehandelbaarheid' mag dan ook geen referentiepunt zijn voor (voorwaardelijk) ontslag, maar kan hoogstens alarmeren in het kader van het verlenen van adequate zorg die ook nazorg betreft. Bij de terbeschikkingstelling ligt dit anders, hier is de geestelijke stoornis een van de voorwaarden voor de oplegging en beëindiging ervan. Het heeft zowel praktische als ethische consequenties voor de opvang binnen de TBS als strafrechtelijke maatregel. Ook mani-

festeert het begrip zich als parameter in de overgang tussen behandeling en langdurige zorg ('verpleging'), de 'longstay-TBS' als blijvende detentie.

TBS en behandeling

De doelstelling van de TBS met bevel tot verpleging staat niet expliciet in de wet. De wet spreekt in de artikelen 37b en 37c Wetboek van Strafrecht van verpleging van overheidswege. In artikel 37c lid 2 Wetboek van Strafrecht staat echter dat de Minister van Justitie erop toeziet dat de TBS-gestelde de nodige behandeling krijgt. Artikel 2 Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT) heeft verder als uitgangspunt dat de tenuitvoerlegging van de verpleging zoveel mogelijk dienstbaar wordt gemaakt aan de behandeling van de veroordeelde en de voorbereiding van diens terugkeer in de samenleving. De huidige wetgeving geeft dus niet duidelijk een primaat aan, zodat teruggerepen moet worden op de geschiedenis van de TBS om de bestaansgrond ervan duidelijk te maken.

In de Memorie van Toelichting (MvT) bij het wetsvoorstel van 1972 tot herziening van de TBR werd geen duidelijkheid gegeven over het karakter ervan. Enerzijds was de TBR volgens de MvT een primair medische maatregel, maar anderzijds werd de grondslag in de gevaarlijkheid van de TBR-gestelde gezocht (kamerstukken II 1980/1981, 11932, nummer 3, p. 12). In de Memorie van Antwoord (MvA) erkende de wetgever dat de TBR en de gevangenisstraf beide dezelfde rechtsgrond hadden en zocht hij het onderscheid tussen beide in het al dan niet verantwoordelijk stellen van de veroordeelde voor zijn handelen. De wetgever refereerde in MvA aan de traditionele opvatting van maatschappijbeveiliging, maar zocht de legitimatie ook in de noodzaak tot behandeling. Het verschil lag volgens de wetgever in de specifieke psychiatrische tenuitvoerlegging van de TBR. Het belang dat aan het medisch karakter van de TBR werd gehecht, is verklaarbaar omdat de verpleging veel geschikter is om het eigen karakter van de TBR naast de gevangenisstraf te benadrukken.

In de Nota naar aanleiding van het Eindverslag legt de wetgever het primaat uiteindelijk op de beveiliging. Volgens de wetgever stond de preventieve functie van de TBR voorop (kamerstukken II 1982/1983, 11932, nr. 10, p. 6). De wetgever wilde gezien het preventieve karakter van de TBR geen algemene maximering ervan. De wetswijziging trad in 1988 in werking. De TBR werd TBS en het criterium was veranderd in gevaar voor anderen dan wel voor de algemene veiligheid van personen en goederen. De nadruk kwam te liggen op beveiliging tegen agressieve en seksueel-agressieve delinquenten en niet meer zozeer tegen diegenen die meer algemeen 'als gevaar voor de openbare orde' uit de maatschappij werden verwijderd.

In 1991 verschijnt de Nota TBS. Deze gaat uit van evenwicht in de drie pijlers van de TBS met dwangverpleging: beveiliging, behandeling en rechtsbescherming. In de referentienota wordt opgemerkt dat de verple-

ging van de betrokkene als zodanig geen zelfstandige doelstelling is. Anderzijds krijgt de beveiliging pas door de verpleging en de daarin beoogde behandeling reliëf. Diens legitimatie vindt de TBS in de beveiliging van de samenleving, en de behandeling is daarbij het uiteindelijke doel. Dit sluit echter niet uit dat bij falen daarvan een regiem wordt gekozen dat zich tot verpleging beperkt. Dit blijkt uit de MvT bij de BVT. Deze vermeldt dat de doelstelling van behandeling en resocialisatie wordt beperkt door de noodzakelijke bescherming van de maatschappij. De inrichtingen hebben als doelstelling de verpleging van betrokkene en niet de behandeling (Van Marle, 1991). In de verpleging ligt een beveiligingsopdracht besloten. De inrichtingen scheppen een sociotherapeutisch milieu en stellen een op de individuele verpleegde afgestemd verpleeg- en behandelingsplan op. In geval van acceptatie van dit plan door alle betrokkenen behandelt de inrichting de TBS-gestelde overeenkomstig dit plan.

De beveiliging van de samenleving is de randvoorwaarde waaronder die behandeling kan plaatsvinden, aldus de Memorie van Toelichting (kamerstukken II 1993/1994, 23445, nr. 3, p. 11). De behandeling is dus ondergeschikt aan de beveiliging. Uit de MvT bij de BVT blijkt dat de TBS-gestelde geen ongeclausuleerd recht op behandeling heeft. Het behandelingsaanbod komt volgens MvT pas tot stand na afweging van alle relevante aspecten waaronder het beveiligingsaspect. De TBS-gestelde heeft echter wel aanspraak op uitvoering van de behandeling overeenkomstig het opgestelde verpleeg- en behandelplan (kamerstukken II 1993/1994, 23445, nr. 3, p. 11).

Concluderend kan gesteld worden dat de TBS met verpleging primair bedoeld is als een beveiligingsmaatregel, en dat is nog steeds zo, ondanks tijdelijke verschuivingen naar de behandelingskant. Deze TBS is dwangverpleging voor een onbepaalde duur, een uiterste redmiddel bij preventie van (seksueel) geweld in de samenleving. Zij dient speciaal preventieve doeleinden door detentie zolang gevaarlijkheid blijft bestaan, en door resocialisatie van diegenen bij wie de behandeling aanslaat. De behandeling is ondergeschikt aan de beveiligingsdoelstelling, dat wil dus zeggen dat een psychisch gestoorde verdachte niet behandelbaar hoeft te zijn om een terbeschikkingstelling opgelegd te krijgen.

Blijvend delictgevaarlijk

Uit het voorgaande mag niet worden afgeleid dat een TBS-gestelde van het begin af aan zonder behandeling mag worden gelaten. De TBS dient niet ter bewaring in die zin dat dit van tevoren de doelstelling mag zijn. De kliniek heeft een inspanningsverbintenis om te pogen om de delictgevaarlijkheid te verminderen. Dit komt tot uitdrukking in artikel 2 BVT waarin staat dat de ten uitvoerlegging van de TBS zoveel mogelijk dienstbaar wordt gemaakt aan de behandeling (kamerstukken II 1993 / 1994, 23445, nr. 3, p. 9). De bedoeling van de wetgever verzet zich er echter niet

tegen om alsnog te blijven verplegen wanneer blijkt dat de stoornis en de daarmee gepaard gaande bedreiging van de samenleving zo ernstig wordt geacht dat op rechterlijk bevel de terugkeer van de betrokkene in de samenleving niet mogelijk is. In sommige gevallen kan achteraf bezien het langdurig voortgezet verblijf in de kliniek het karakter dragen van asylering van de patiënt, zo goed als dit in veel talrijker mate in psychiatrie ziekenhuizen het geval is. Als zodanig is de TBS het tweesnijdend zwaard van Vrouwe Justitia: zij dient de beveiliging van de maatschappij op korte termijn door verpleging in een beveiligd, aangepast milieu. Daarnaast wordt de beveiliging op lange termijn gediend door de behandeling van de TBS-gestelde waardoor het toekomstig risico op herhalingsdelicten aanzienlijk wordt verminderd. Zolang de gevaarlijkheid van de patiënt blijft voortduren, zoals destijds vastgesteld bij de oplegging, zal de reden blijven bestaan de TBS te verlengen. Behandelen in de TBS-klinieken heeft dan ook diezelfde doelstelling: het verminderen en opheffen van de gevaarlijkheid van de patiënt voor derden. Op welke wijze dat doel bereikt moet worden, staat niet in de wet. Logisch, omdat dat een zaak is voor de behandelaars, de professionals. Zij moeten op grond van hun activiteiten aantonen dat er iets is veranderd in het verplichte causale verband tussen psychische stoornis en delict, waardoor het delict niet meer hoeft op te treden als uitvloeisel van die stoornis.

Het uit de Verenigde Staten afkomstige adagium bij de begeleiding van zedendelinquenten: 'no cure but control', strekt zich in Nederland uit over alle TBS-patiënten. De nadruk valt ten onzent als gevolg van het gevaarscriterium van art. 37a Sr niet op de behandeling van een psychische stoornis, maar op de aanpak van de risicofactoren bij de patiënt. Deze zijn zowel intrapsychisch en biologisch, relationeel als situatief van aard (Monahan en Steadman, 1994), zodat de TBS-behandeling zich richt op deze domeinen middels individuele therapieën, sociotherapie, transmuralisatie en rehabilitatie. Afhankelijk van de opgelegde straf en maatregel – de rechtsprincipes van subsidiariteit en proportionaliteit spelen ook hierin een rol – kan zo'n behandeling ambulante of klinisch, dan wel beveiligd klinisch plaatsvinden.

Wanneer binnen het strafrecht ambulante behandelingen onder voorwaarden mogelijk zijn, bijvoorbeeld bij een voorwaardelijk strafdeel of bij de TBS met voorwaarden, speelt de factor 'onbehandelbaarheid' hierbij een geringere rol. Ook bij deze behandelingen gaat het om de forensisch psychiatrische doelstelling van het voorkomen van recidive, en niet zozeer om het genezen van de ziekte. Bovendien is bij deze groep gestraften de combinatie van psychische stoornis en delictgevaarlijkheid een minder explosieve. Om te voldoen aan de indicatie van een behandeling onder voorwaarden is de motivatie van en samenwerking met de patiënt noodzakelijk, hetgeen door forensische gedragdeskundigen na onderzoek moet worden vastgesteld. Een verdere eis is dat de ambulante therapie ook direct gegeven kan worden en de acute gevaarlijkheid niet dusdanig is dat een opname in een TBS-kliniek noodzakelijk is. Bovendien

moet de behandeling, afgemeten aan de onderzochte, een gerede kans van slagen hebben, zodat maatwerk vereist is. Alleen als aan die criteria wordt voldaan, kan een behandeling zonder bevel tot verpleging worden opgelegd. Tot slot biedt het voorwaardelijk karakter van de behandeling een goed vangnet: wanneer blijkt dat de behandeling niet aanslaat en de delictgevaarlijkheid blijft met alle risico's van dien, dan kan ingegrepen worden door de patiënt direct in een beveiligde intramurale setting te plaatsen. Dat is ook de reden van het verplichte toezicht als voorwaarde. Onder deze condities kan de onbehandelbare in zijn milieu gestabiliseerd worden, zodat de onbehandelbaarheid niet direct hoeft te leiden tot recidive. Er blijft echter sprake van een verhoogde kwetsbaarheid bij deze persoon, zoals bij zovele niet forensisch bekende psychiatrische patiënten.

De ervaringen van de laatste twee decennia in de forensische psychiatrie hebben er toe geleid dat het uiteindelijk behandelingsdoel van een fundamentele verandering in de persoonlijkheidsstructuur danig is bijgesteld. Deze ambitie bleek namelijk in de praktijk meestal niet haalbaar, maar bleek tevens ook niet noodzakelijk om recidives te voorkomen. De multimethodische en multidisciplinaire aanpak van de patiënten slaagt er overigens al jaren in het recidivepercentage na ontslag uit de TBS terug te brengen tot zo'n 10 tot 20 % (Leuw, 1999). Welk behandelingsaspect nu de gewenste verandering teweegbrengt, of dat het de synergie van alle aspecten is, valt niet op te maken; wetenschappelijk onderzoek is daarvoor nodig.

Wanneer een TBS-gestelde naar de mening van zijn behandelaars delictgevaarlijk blijft, zal dat via de advisering aan de rechtbank leiden tot verdere continuering van zijn TBS met verpleging. Op grond van deze strafrechtelijke verlenging van de TBS kunnen patiënten jaren in een kliniek worden vastgehouden. Maar over welke patiënten gaat het hier in forensisch psychiatrische zin? Wanneer deze groep langverblijvers nader wordt geanalyseerd blijkt het index-delict met name ontucht met minderjarigen te zijn. Tevens is er sprake van een oververtegenwoordiging aan zwakbegaafdheid, seksuele stoornissen en sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid. Zij zijn vaker eerder veroordeeld tot een gevangenisstraf of een TBS (voor de laatste categorie wordt een percentage van 20% vermeld), en beduidend vaker in meer dan één kliniek opgenomen geweest (Rapport, 1998, pp. 22-23). En, gebaseerd op het tijds criterium, is er nog steeds sprake van een dusdanige gevaarlijkheid voor de samenleving, dat een verblijf in een beveiligde kliniek is aangewezen. Naar mijn mening moeten hierbij ook die patiënten met een psychotische aandoening worden genoemd die niet bereid zijn vrijwillig anti-psychotische medicatie te gebruiken. Zij blijven daardoor ernstig ziek terwijl zij juist vanwege die ziekte hun delict hebben gepleegd. Eenmaal in de kliniek werkt het verplegingsklimaat bij hen meestal wel zo positief dat zij intramuraal althans niet meer een gevaar voor anderen zijn, zodat zij niet gedwongen kunnen worden medicatie te gebruiken.

Al deze factoren hebben een lange verblijfsduur tot gevolg. Om hier verder inzicht in te krijgen en om de kosten van de TBS-verpleging te beheersen is in het Verbetertraject TBS op grond van het Interdepartementaal BeleidsOnderzoek IBO-2 (1998) gesteld dat de behandelduur maximaal zes jaar mag duren. Deze termijn mag halverwege leiden tot overplaatsing naar een andere TBS-kliniek wanneer de behandeling in de eerste kliniek niet lijkt aan te slaan. Het aantal van zes jaren is overigens niet willekeurig gekozen maar is de gemiddelde behandelingsduur gemeten in 1998 (in feite 5.56 jaar). Na deze termijn is men per definitie blijvend delictgevaarlijk en is opname in een zogeheten longstay-afdeling het gevolg. Deze afdeling is te vergelijken met een verblijfsafdeling in de algemene psychiatrie, zij het meer beveiligd van aard. Er wordt niet meer behandeld waardoor de dagverpleegprijs aanzienlijk minder is omdat er geen behandelingsstaf aanwezig behoeft te zijn. Verpleging blijft gezien de populatie veroordeelden vanwege hun gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens echter een *conditio sine qua non* (Van Marle, 1995). Juist vanwege deze gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis zijn ze immers terbeschikkinggesteld, en is hen niet uitsluitend een gevangenisstraf opgelegd zoals meestal het geval is bij ernstige delicten.

De zes jaar termijn

Het moment waarop de TBS-gestelde blijvend delictgevaarlijk wordt geacht, is aldus op grond van de behandelduur in 1998 vastgesteld op zes jaar. Dit is dus een gemiddelde behandelingsduur voor alle TBS-gestelden ongeacht hun problematiek of diagnose. Het is voorstelbaar dat, na verder wetenschappelijk onderzoek naar onderverdelingen binnen deze populatie, er verschillende maximale behandelingstermijnen zullen gelden voor verschillende groepen verpleegden. De veronderstelling bestaat dat patiënten met een psychotische aandoening, met name vanwege de gebleken werkzame medicatie, voor een kortere periode in de kliniek behoeven opgenomen te zijn dan die met een persoonlijkheidsstoornis. Tevens valt er in Nederland nog een braakliggend terrein te onderscheiden bij de medicamenteuze behandeling van ontuchtplegers met kinderen en van personen met dwangmatig seksueel gedrag (Bradford, 2001). Over een specifieke behandeling bij vrouwen en alloctonen is niets bekend, terwijl die zich in veel opzichten onderscheiden van de overige verpleegden. Er bestaat dienaangaande een grote behoefte aan een indicatie- en behandelingsprotocol bij opname in de TBS-klinieken, zodat vervolgens evidentieonderzoek kan worden gedaan. Verder zullen goed gedefinieerde gedragsmatige behandelprogramma's op hun toepasbaarheid bij bepaalde patiënten of bij een specifieke problematiek onderzocht moeten worden.

De TBS-gestelde die blijvend delictgevaarlijk wordt geacht, kan op dit moment beroep tegen deze beslissing instellen bij de Centrale Raad voor

Strafrechtstoepassing. Bij deze beroepsprocedure hoort in geval van twijfel ook een onafhankelijk multidisciplinair onderzoek door een psychiater en een psycholoog, om op die wijze de uitspraak van de kliniek te toetsen. Deze zorgvuldigheid is destijds bij de instelling van de 'longstay-afdeling' in Veldzicht in de beslissing tot blijvende delictgevaarlijkheid aangebracht, aangezien het hier een geheel nieuwe modaliteit betrof met de mogelijkheid op een levenslange TBS. Nu, drie jaar later, is er echter binnen de Nederlandse TBS-populatie de beschikking gekomen over in het Nederlands vertaalde risicotaxatie instrumenten die veel belovend lijken (Hildebrand en De Ruiter, 2000; Philipse, Hiltermann e.a., 2001; Van Marle, 2001). Door deze risicotaxatie te gebruiken als een toets op het wettelijk geregelde onafhankelijke deskundigen onderzoek wanneer de duur van de TBS zes jaar of een meervoud daarvan dreigt te overschrijden, geeft die werkwijze naar mijn mening voldoende rechtswaarborgen voor de ingrijpende beslissing van blijvende delictgevaarlijkheid na verlenging door de rechtbank. Discrepancies tussen de beide beoordelingen kunnen dan ter rechtszitting worden behandeld, waarna de rechtbank de beslissing kan nemen tot een derden onderzoek, bijvoorbeeld klinisch zoals in het Pieter Baan Centrum. Mijns inziens dient daardoor de TBS-gestelde bij beroep tegen een 'blijvend gevaarlijk'-status na zes jaar, zich te wenden tot de penitentiaire kamer van het Gerechtshof te Arnhem, zoals te doen gebruikelijk bij beroep tegen een verlenging van de TBS door de rechtbank.

Momenteel vallen de gemiddelde behandelduur en het criterium voor 'blijvend delictgevaarlijk', beide zes jaar, nog samen, en kan het onafhankelijke zes jaar onderzoek voor beide doeleinden gebruikt worden. De vraag of iemand al veel eerder dan de vastgestelde zes jaar als 'onbehandelbaar' kan worden gekenmerkt, is niet te beantwoorden. Ongetwijfeld zullen deze gevallen voorkomen, net als in de algemene psychiatrie, maar het is bij gebrek aan nader onderzoek niet na te gaan welke dat zijn. Deze vroege beslissing tot onbehandelbaarheid is te ingrijpend om zonder verdere empirische ondersteuning door te voeren. Prospectief cohort onderzoek bij alle patiënten op basis van monitorgegevens is hiervoor noodzakelijk: de taak voor het op te richten expertisecentrum.

Gezien het materiële, want kostenbesparend aspect van deze regeling mag de individuele patiënt niet de dupe van deze 'benchmark' van zes jaar zijn. Waar behandeling mogelijk is, zal deze gegeven moeten worden op basis van de zorgplicht van de overheid. In het individuele geval kan immers de behandeling net zeseneenhalf of zeven jaar duren zodat het niet terecht en niet ethisch is na de gestelde termijn iemand van verdere behandeling uit te sluiten. Vandaar dat de benchmark alleen van toepassing kan zijn op een kliniekgpopulatie als geheel. De snelle doorstromers vanwege een geslaagde behandeling korter dan zes jaar, scheppen dan de mogelijkheid voor anderen om langer dan die termijn over hun behandeling te doen. Het kliniekggemiddelde over alle patiënten, ongeacht hun stoornis of problematiek, is dan de criteriumwaarde voor de finan-

ciering. De behandelduur per patiëntencategorie per kliniek – wegens gebrek aan gegevens zal eerst uitgegaan moeten worden van de breed gedefinieerde groepen persoonlijkheidsgestoorden, psychotische patiënten, en zwakbegaafden - zal allereerst een benchmark moeten opleveren voor de duur en de 'state of the art' van de desbetreffende behandelingswijze. In een volgend stadium kunnen dan de verschillende benchmarks gebruikt worden voor de financiering ervan voor de onderscheiden patiëntencategorieën. Hierbij wordt aansluiting gevonden bij het recente compromisadvies van de Gezondheidsraad: enerzijds terughoudend te zijn in het toepassen van langdurige psychotherapieën, en anderzijds onderzoek te doen naar de doelmatigheid ervan en er richtlijnen voor te ontwerpen.

Blijvend TBS-gesteld en dan?

Op een gegeven moment zal toch geconcludeerd moeten worden dat verdere behandeling niet werkt. Hoewel er momenteel een speciaal gebouwde longstay-afdeling bestaat in de TBS-kliniek Veldzicht te Balkbrug met twintig plaatsen, blijkt het percentage in alle TBS-klinieken opgenomen personen met een TBS langer dan zes jaar 22,4 % en langer dan acht jaar 12,2 % (Rapport, 1998, p. 21). Hierbij zijn de langverblijvers die inmiddels proefverlof hebben, niet meegeteld omdat die samen met de psychiatrische patiënten uit de GGZ gebruik maken van de algemene voorzieningen, hetgeen een adequate, gelijkwaardige substitutie is. Daardoor drukken ze niet meer op de capaciteit van de TBS-klinieken en is hun interne rechtspositie ook die van de 'gewone' psychiatrische patiënt.

Deze percentages zijn zo groot dat er in feite al sprake is van 'longstay' in iedere kliniek. Binnen een nieuw beleid kunnen ze zodanig opnieuw worden ingedeeld dat ze als 'chronische patiënten' worden ondergebracht op bepaalde afdelingen in dezelfde kliniek waar ze reeds vertoeven. In feite kan de continuïteit in de zorg daardoor bewaard blijven. De overplaatsing naar een speciale 'longstay' elders lijkt dermate uitzichtloos dat elke patiënt die zich bewust is van zijn situatie, zich daartegen zal verzetten. Verblijfsafdelingen als interne differentiatie binnen een kliniek zijn niet alleen kostenbesparend, maar ook werkt dit uitgangspunt het stigma tegen van een aparte plaatsing in een aparte 'longstay-kliniek' zoals nu Veldzicht te boek staat. In de kliniek waar de patiënt bekend is, zal de dagindeling met werk en recreatie kwalitatief beter gerealiseerd kunnen worden. Daar is hij gewend geraakt en kent hij de personeelsleden zodat het vertrouwen in het milieu zo min mogelijk verloren gaat. Bovendien blijft op die manier het contact met de oorspronkelijke behandelingsplannen bewaard omdat men weet hoe de patiënt destijds behandeld is geworden. Nieuwe behandeltechnieken mogen immers niet uit het oog verloren worden. Vanwege de inmiddels opgetreden stigmatisatie door het woord 'longstay' lijkt me het overigens van

belang deze term te vervangen door 'langverblijvers', 'chronische TBS-patiënten' of 'blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden'.

De ethische plicht waakzaam te zijn op het introduceren van nieuwe behandeltechnieken bij deze chronische TBS-patiënten impliceert dat de behandelstaf van de kliniek zich voortdurend van deze patiënten-categorie bewust moet zijn. De eens vastgestelde onbehandelbaarheid moet de staf een zorg zijn om met nieuwe technieken alsnog een behandel- en resocialisatieproces op gang te brengen. Aangezien dat in het verleden vaak meermalen is mislukt, en deze patiënten niet nodeloos hoeven mee te werken aan weinig relevante behandelingswijzen, zullen deze eerst via wetenschappelijk onderzoek voldoende getoetst moeten worden op 'evidence-based' alvorens hier toegepast te worden.

Voor de langverblijvers is het rehabilitatiemodel de maatstaf voor de geboden zorg. De context is bij hen weliswaar niet de maatschappij, maar het leefmilieu van de kliniek. Het accent van het verblijf valt op wonen, werken, leren, sociale contacten en professionele hulp waar die nodig en mogelijk is. De begeleiding zal erop gericht moeten zijn deze activiteiten te bevorderen met een beter subjectief en objectief functioneren van de bewoners als gevolg. Ook op het niveau van de dagelijkse zorg zal men er zich steeds van bewust moeten zijn dat onbehandelbaarheid hoogstens een voortdurende momentopname is en in deze multifactorieel bepaalde situatie op elk moment veranderingen ten goede en ten kwade kunnen optreden. Daarom is het van belang in deze langdurige zorg personeel met een behandelingsachtergrond in te zetten ten behoeve van de dagelijkse begeleiding. Hierbij valt te denken aan opgeleiden binnen sociotherapeutische activiteiten. Op deze wijze kunnen persoonlijke ontplooiingsmomenten gesignaleerd worden, hetgeen niet het geval zal zijn wanneer er alleen sprake is van bewakend personeel.

Het rehabilitatiemodel op zichzelf genomen houdt niet in dat patiënten niet meer buiten de muren van de kliniek kunnen komen. Of dit wel of niet het geval is, is afhankelijk van het risico voor de samenleving dat deze personen op de korte of lange termijn vormen. Wanneer het risico alleen op de lange termijn zal optreden, zullen begeleide of onbegeleide verlofactiviteiten mogelijk zijn. Aangezien het een toekomstig risico betreft, zal dit risico, bijvoorbeeld door een delictanalyse en een risicotaxatie, nauwkeurig moeten worden omschreven om de basis van deze maatschappelijke activiteiten onmiskenbaar te laten blijken. Tevens zal deze analyse moeten leiden tot een kritisch evaluatie om andere mogelijkheden van verblijf in een aangepast milieu te onderzoeken. Op het moment van een verlenging van de TBS door de rechtbank zullen deze gegevens volwaardig moeten worden meegenomen. De verplichte 'wetelijke aantekeningen' als aanvulling van het verlengingsadvies zijn hierbij onmisbaar aangezien zij een goede afspiegeling geven van de dagelijkse bezigheden van de betrokkene. Een termijn van twee jaar voor de zittingen lijkt gewenst, net zoals bij die TBS-gestelden die behandeld worden. Tevens wordt hiermee dezelfde termijn aangehouden zoals die

geldt in de Wet BOPZ (art.19), waarbij de geldigheid van de Rechterlijke Machtiging na vijf jaar eveneens is vastgesteld op twee jaar.

Very Intensive Care

Bij een langdurig verblijf in de TBS-kliniek zullen een aantal patiënten zich schikken. Met name zullen dat diegenen zijn die zich hebben neergelegd bij hun positie als blijver. Het ontbreken van de voortdurende behandelingsdruk kan een opluchting betekenen doordat zij zich vrijer in de omgang voelen. Voor anderen zal de blijvende TBS echter een uitzichtloosheid inhouden. Middels rehabilitatie valt dit verzet zo veel mogelijk in goede banen te leiden. Er zal echter altijd een groep overblijven die zich blijft verzetten op grond van het niet willen accepteren van een langdurige TBS. Hun gedrag en blijvende delictgevaarlijkheid leiden ertoe dat er een aparte, meer beveiligde afdeling nodig is omdat anders personeel en patiënten op de verblijfsafdelingen gevaar zullen lopen door agressief gedrag en gijzelingen. Ook zijn gewelddadige ontvluchtingpogingen niet ondenkbaar. Voor deze groep zal de beveiliging van sommige verblijfsafdelingen hoog moeten zijn, aangezien er niet van mag worden uitgegaan dat de gevaarlijkheid van deze patiënten te allen tijde zodanig is dat een gedwongen behandeling op grond van die gevaarlijkheid mag worden afgedwongen onder art. 26 BVT.

Hierdoor ontstaat met name bij gevaarlijke personen met een persoonlijkheidsstoornis een probleem. Zij zijn blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden voor wie tot op heden geen adequate behandeling bekend is (Dolan en Coid, 1993; Bateman en Fonagy, 2000). Zij komen in aanmerking voor langdurige, beveiligde verpleging, oftewel Long-Term High-Security (Mason, 1999). Voor hen zal Very Intensive Care (Van Marle, 1984, 1995) als verblijfsafdeling aangewezen zijn. Op die wijze kan een beveiligd, maar aan de stoornis aangepast leefklimaat worden geschapen, waarin zowel recht wordt gedaan aan de zorgbehoefte van de patiënt als aan de behoefte van veiligheid voor medepatiënten en personeel. Zo'n afdeling bevat vanwege de beheersbaarheid een geringer aantal kamers dan een gewone verpleegafdeling. Te denken valt aan vijf of zes cellen met een gemeenschappelijke verblijfsruimte, waarbij het personeel zelfstandig kan beslissen wie van de patiënten en op welk moment deze gemeenschappelijk in die ruimte zullen verblijven. De mogelijkheid bestaat dus dat iemand langere tijd ook uitsluitend individueel wordt begeleid. Gezien de raakvlakken met het separatiebeleid in een separatiekamer, is deze afdeling aan te merken als een afdeling voor intensieve zorg, waarvoor in de BVT een aparte regeling is opgenomen (art. 32 BVT). De uitvoerige ervaring die inmiddels met deze afdelingen in het Nederland TBS-systeem is opgedaan, stemt optimistisch met betrekking tot de veiligheid en de humane bejegening en zorg.

Wanneer bij de afdeling ITZ (individuele TBS-zaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen) de lijst blijvend gevaarlijke TBS-gestelden wordt be-

keken op deze zeer risicovolle groep, dan blijkt die te bestaan uit twintig tot dertig personen. Voor dit aantal zal op bovenstaande gronden binnen de langverblijf afdelingen speciale beveiligde zorgafdelingen moeten worden gebouwd. In de praktijk zal dat neerkomen op vier very intensive care afdelingen binnen de langverblijf sector. Op grond van de nieuwe plaatsingssystematiek TBS, voorgesteld door de werkgroep Vereenvoudigde Plaatsingssystematiek (2001), is deze groep ook bekend als extreem vlucht- en delictgevaarlijke patiënten, de zogeheten sterretjes-patiënten. Omdat deze groep de nauwgezette aandacht van het ministerie van Justitie vereist vanwege de handhaving van de beveiliging van de maatschappij, geldt voor hen een aparte toewijzing aan de verschillende klinieken vanwege hun gevaarlijkheid en blijft de rechtstreekse bemoeienis van het Ministerie gegarandeerd.

De vraag is opgeworpen of deze groep onder het regiem van de TBS-klinieken kan blijven vallen, wanneer het bestuur van die klinieken wordt uitgeoefend vanuit een stichtingsvorm die valt onder het ministerie van Volksgezondheid. Bestaat er bij deze groep wel een zodanige zorgbehoefte dat verpleging in een kliniek is aangewezen? Daarover is nog niets bekend; allereerst zal dat binnen deze groep moeten worden vastgesteld, hetgeen nader klinisch onderzoek en risicotaxatie vereist. Een ander argument voor verblijf binnen de TBS-kliniek is, dat momenteel enkele zeer gevaarlijke TBS-gestelden opgenomen zijn binnen de penitentiaire inrichtingen (ressortierend onder het gevangeniswezen). Daar is de ervaring dat deze een voor die inrichtingen te intensieve medische zorg behoeven bij een niet aflatende gevaarlijkheid waardoor zij er grote problemen opleveren. Een blijvende plaatsing binnen very intensive care verblijfsafdelingen van de TBS-klinieken is naar mijn mening op dit moment dan ook het meest opportuun, waarbij onder beveiligde condities het gevaarlijke gedrag vanuit een sociotherapeutische optiek kan worden aangepakt. Het regiem over het vrijhedenbeleid van deze groep als geheel, ook in de kliniek zelf, blijft toekomen aan het Ministerie van Justitie. Veel rechtswaARBorgen voor hen zijn al vastgelegd in de BVT, omdat het hier immers een afdeling voor intensieve zorg betreft.

Conclusie

Of iemand al of niet onbehandelbaar is binnen de psychiatrie hangt zowel van persoonsgebonden factoren af, als van relationele en maatschappelijke. Het hebben van een psychische stoornis maakt iemand meer bevattelijk voor delinquentie en soms voor (seksueel) agressieve criminaliteit. De situaties waarin iemand met crimineel gedrag reageert, zijn echter - voor zover bewezen - gelijk voor psychiatrische patiënten als voor 'normale' personen. Binnen de forensische psychiatrie komt hier vanwege een veroordeling op grond van het Wetboek van Strafrecht nog eens een langdurige of blijvende delictgevaarlijkheid bij. Over het tijdstip waarop de uitspraken kunnen worden gedaan over een blijvende delict-

gevaarlijkheid, bestaat geen eenduidigheid voor alle patiënten. Daartoe verschillen zij te zeer in hun (tempo van) behandelingsmogelijkheden. Waar het gaat om de doelmatigheid van hun opvang zal eerder de inmiddels vastgestelde termijn van zes jaar als rekeneenheid per kliniek moeten worden gebruikt. Van daaruit kan gewerkt worden aan een nuancering ervan door evaluatie-onderzoek.

Blijvende delictgevaarlijkheid kan dan ook pas worden geconstateerd wanneer alle forensische behandelingsmodaliteiten zijn toegepast en de delictgevaarlijkheid blijft bestaan. De onbehandelbare en de blijvend gevaarlijke TBS-gestelde blijft een zaak voor de TBS-klinieken. De onbehandelbare, niet direct gevaarlijke TBS-gestelde heeft recht op een verblijf in de algemene GGZ waar toezicht wordt gehouden op mogelijke spanningsvolle leefomstandigheden en eventueel medicatie- of druggebruik. Al deze voorzieningen zullen tot een forensisch psychiatrisch circuit moeten behoren waarbinnen geen onoverbrugbare grenzen zijn. Of iemand onbehandelbaar is in combinatie met een blijvende gevaarlijkheid, moet in de eerste plaats op een onafhankelijk, professioneel psychiatrisch-psychologisch oordeel berusten. Zijn plaatsing in het zorgcircuit is de zaak van een breder indicatieoverleg en afhankelijk van zijn zorgbehoefte. Het strafrechtelijke karakter van de TBS is hierbij de randvoorwaarde voor een verder verblijf, zodat bij dreigende gevaarlijkheid preventief kan worden ingegrepen (de zogeheten terugneemgarantie). De verblijfsafdelingen in de TBS-klinieken zullen op grond van toekomstig klinisch onderzoek onderverdeeld moeten worden in very intensive care afdelingen voor onbehandelbare en gevaarlijke, en de gebruikelijke verblijfsafdelingen voor onbehandelbare, niet acuut gevaarlijke patiënten.

Aangezien de TBS in de eerste plaats gedwongen verpleging inhoudt vanwege de sociale preventie, is het voor de veroordeling ertoe niet relevant of iemand al of niet behandelbaar is. Eventueel kan de rechtbank bij de afweging om wel of geen TBS op te leggen, dit gegeven betrekken bij de proportionaliteit van het vonnis. Ook onbehandelbaren hebben zorg nodig omdat zij vanwege hun psychische stoornis een speciale begeleiding nodig hebben die rekening houdt met hun communicatie- en gedragsproblemen. Sociotherapeutische scholing blijft noodzakelijk om tot een adequate rehabilitatie te komen. Onbehandelbaarheid en TBS gaan goed samen aangezien zowel de wettelijke basis als de forensisch psychiatrische bejegening zich baseren op een verpleegmilieu waarin voldoende waarborgen voor alle betrokkenen aanwezig zijn om inbreuk op de grondrechten te voorkomen. Het zorgaanbod voor de blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden door de klinieken, de 'verpleging', is binnen de beveiligingsvoorzieningen immers geheel geënt op de medische en gedragskundige ethiek en gedragsregels.

Literatuur

Bateman, A.W., P. Fonagy

Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder
British journal of psychiatry, 177^e jrg., 2000, pp. 138-143

Bradford, J.M.W.

The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour
Canadian journal of psychiatry, 46^e jrg., 2001, pp. 26-34

Bulten, B.H., J.C. Zwemstra e.a.

Behandeling in detentie ter vermindering van recidive
Maandblad geestelijke volksgezondheid, 56^e jrg., nr. 4, 2001, pp. 300-314

Dolan, B., J. Coid

Psychopathic and antisocial personality disorders; treatment and research issues
Londen, Gaskell, 1993

Gezondheidsraad

Doelmatigheid van langdurige psychotherapie
Den Haag, 2001, Advies 2001/08

Hildebrand, M., C. de Ruiter

Terbeschikkingstelling, recidive en risicotaxatie; de rol van de psychopathie
Delict en delinquent, 30^e jrg., afl. 8, 2000, pp. 764-774

Philipse, M., E. Hilterman

Tussen mogelijkheid en illusie; een review van elf risicotaxatie-instrumenten voor seksuele delinquenten
Tijdschrift voor criminologie, 2001, pp. 2-24

Praag, H.M. van

Psychofarmaca; een leidraad voor de praktiserend medicus
Assen, Van Gorcum & Comp, 2000 (4^e dr.).

Leuw, Ed.

Recidive na de TBS; patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar
Den Haag, WODC, O&B 182, 1999

Marle, H.J.C. van

De very intensive care afdeling; beveiliging en behandeling hand in hand
Tijdschrift voor psychiatrie, 25^e jrg., 1983, pp. 553-567

Marle, H.J.C. van

Opvang en behandeling in een justitieel kader
Medisch contact, 46^e jrg., nr. 10, 1991, pp. 315-317

Marle, H.J.C. van

Een gesloten systeem; een psychoanalytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden
Arnhem, Gouda Quint, 1995

Marle, H.J.C. van

Van gevaar naar risico: regelen in plaats van waarschuwen; risk-assessment in de forensische psychiatrie
Tijdschrift voor de psychiatrie, 43^e jrg., nr. 3, 2001, pp. 151-161

Mason, T.

The psychiatric 'Supermax'? Long term, high-security psychiatric services
International journal of law and psychiatry, 22^e jrg., nr. 2, 1999, pp. 155-166

Monahan, J., H. Steadman

Violence and mental disorder
Chicago, University of Chicago Press, 1994

Mulder, J.H.

Dunning herzien; privatiseren maakt geld vrij voor publieke zorg
Medisch contact, 56^e jrg., nr. 9, 2001, pp. 329-332

Petry, D.

Rehabilitatie; de zorg voor chronische en ex-psychiatrische patiënten
In: M.H.R. Nuy en E.H. van de Lisdonk, *Medicus en maatschappij*, Utrecht, SWP, 1995, pp. 321-339

Raine, A.

The psychopathology of crime; criminal behaviour as a clinical disorder
San Diego, Academic Press, Inc., 1993

Rapport Commissie

*Zorg voor voort-durend delictgevaarlijke
TBS-verpleegden*

Den Haag, ministerie van Justitie, DJI,
1998

Stewart, L., J. Cripps Picheca

*Improving offender motivation for
programming*

Forum on correctional research, 13^e
jrg., nr. 1, 2001, pp. 18-20